



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DELEGACION I Y II DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

**“FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ESCOLARES
SEÑALADOS
POR EL PROFESOR COMO ALUMNOS PROBLEMA.”**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Dr. César Ernesto García Felipe

DIRECTORA DE TESIS:
Dra. Patricia Ocampo Barrio

ASESOR DE TESIS:
Dr. José Rubén Quiroz Pérez

MEXICO DF. 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DELEGACION I Y II DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94**

**“FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ESCOLARES
SEÑALADOS
POR EL PROFESOR COMO ALUMNOS PROBLEMA.”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

Dr. César Ernesto García Felipe

**DIRECTORA DE TESIS:
Dra. Patricia Ocampo Barrio**

**ASESOR DE TESIS:
Dr. José Rubén Quiroz Pérez**

MEXICO DF. 2009

Autorizaciones

Proyecto autorizado por el Comité Local de Investigación (3515) de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 con registro institucional R-2008-3515- 15

DRA. AGUSTINA ELENA VILCHIS GUIZAR
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

DRA. YOLANDA SOTO GONZÁLEZ
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

DR. MARCO ANTONIO PAGOLA MARTÍNEZ
Director UMF No 94 del IMSS

DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
Coord. Clínico Educación e Investigación en Salud
Unidad Medicina Familiar No. 94 de IMSS

Agradecimientos

A mi Dios.

En el silencio de mi soledad, en mis pensamientos y desde lo más profundo de mi alma, te agradezco a ti señor, mi Dios, por darme la dicha ser útil a mis semejantes, guiando mi andar por un sendero incierto, en ocasiones estrecho y difícil y en otras lleno de luz y paz, que me hace sentir que estas a mi lado.

Hoy, después de un arduo trabajo se concluye una etapa más en mi vida profesional que lejos de ser un simple escalón para mi carrera, forma a ser parte indispensable en mi crecer como persona y sobre todo como ser humano.

A mi Madre. Catalina Felipe Pacheco

Recibe este modesto agradecimiento como homenaje a tu grandeza, que de niño me brindara, ternura y protección y de hombre disciplina y fortaleza, hago votos para que de dicha mis logros te colmen y mañana de orgullo te llenen; recordándote que gracias a tu esfuerzo y tenacidad has logrado lo que soy ahora, ten siempre presente que la gloria más grande que tengo es saberme hijo tuyo..... Mamá.

A mi Padre. Ernesto García Velasco

Tu que has sido un hombre admirable y paciente, que me has brindado amor y comprensión, que con tus consejos has guiado mis pasos por el camino recto en la vida, recordándome el infinito amor a Dios, convirtiéndote por todas estas virtudes en

el mayor de mis maestros; por eso, mereces hoy y siempre toda la admiración y respeto de tu hijo. Papá.

A mi Hermana. Martha Edith

Por permitirme entrar a tu mundo de madre, llenando mi vida de una magia infinita, al sentirme parte importante al cuidado de tu hijo. Sabes también que juntos afrontaremos lo imposible, y que tu confianza siempre encontrara mi mano para que nunca te sientas sola. Flaquita.

A mi Hermana. Aresi Valentina

Que decirte a ti Peque, gracias por tu ejemplo, que siendo la menor, eres imagen de la disciplina, tenacidad y empeño, que tiene un comentario acertado, y que siempre es importante para mí conocer, sabes que tu hermano te quiere y te lleva en su corazón.

A mi Chaparro. Ángel

Recuerdo la emoción inmensa al verte por primera vez y sentir el latir de tu corazón a mi alma, corazón que vive y junto a ello sufre, grita, brinca y me hace sentir que eres tan importante.

Sabes, doy gracias a Dios por darme la oportunidad, de poder estar a tu lado y saber que puedo regocijarme en tu cariño.

Siempre ten en mente y en ese corazón, que tu tío Cano te ama y que te tiene en sus pensamientos y pide al Señor sabiduría para poder velar tu caminar. papito.

A mi Bonita.

Tiempo, conoces mi pensar a través de mi vida, sabes que solo existe ella, ella para la cual sonrío, para la cual sufro, pero para la cual vivo.

Gracias amor, por ser quien eres; tenaz, perseverante, majestuosa; provocas en mi andar encanto infinito; me haces soñar lo imposible, haciéndolo realidad eterna, te amo y sabes que siempre te amare.

La vida esta llena de bendiciones, bendiciones que reconfortan el alma; alma sedienta de paz; paz que me brindan tu hermosa mirada, que me recuerda que eres la mujer de mi vida.

A mi Familia García Jiménez.

Saben que cada uno de ustedes tienen un lugar muy importante en mi corazón, que los amo y los respeto, que sin ustedes este logro no se disfrutaría igual.

Tío Gilio, gracias por ser mi otro padre, por preocuparte y tenerte siempre como un amigo.

Tía Silvia, gracias por tu cariño y atenciones, siempre me han hecho sentir importante, reconfortándome en momentos importantes. Sabes que también soy tu hijo y que siempre pido a Dios por ti.

Oscar y Yuli, hermanos no solo de sangre si no de afecto, saben que los quiero y que deseo firmemente poder seguir compartiendo nuestros triunfos logrando con ello ser mejores día a día, sabiendo

que con ello podremos estar juntos siempre apocándonos como hermanos.

Liliana, Alejandro y Lady. Saben que su afecto y cariño los llevo conmigo, que pueden contar conmigo incondicionalmente.

Dra. Ocampo.

Agradezco infinitamente su dedicación y empeño para con nuestro trabajo, que además de brindarme su apoyo como profesora, me otorgo su amistad incondicional, condición que distingue a los excelente profesores.

Siempre le estaré agradecido, por su orientación, consejo y apoyo absoluto.

Dr. Quiroz

La experiencia es quizás una de las cualidades mas apreciadas, en los seres humanos, gracias por compartir conmigo su saber, permitiéndome con ello crecer como medico y como persona, estaré eternamente en deuda, por permitirme trabajar a su lado, gracias.

A mis amigos Residentes y Profesores.

Por compartir conmigo sus conocimientos, experiencias y anécdotas, en el hospital, en la UMF y en el salón de clases, logrando así un encuentro de fraternidad y superación continua. En especial a mis profesores: Dra. Bautista y Dr. Arrieta, ejemplo de disciplina y compromiso que me permitieron

*aprender y conocer lo que es en realidad la residencia,
permitiéndome con ello crecer profesionalmente, muchas gracias.*

Dr. Cesar Ernesto García Felipe

INDICE

• Marco Teórico y Antecedentes científicos.....	1
• Planteamiento del Problema.....	10
• Pregunta científica.....	10
• Expectativa empírica.....	11
• Objetivos del Estudio.....	11
• Especificación de Variables.....	11
• Diseño de Estudio.....	11
• Universo de Trabajo.....	11
• Población y muestra de Estudio.....	11
• Determinación del tamaño de la muestra.....	12
• Tipo de Muestreo.....	12
• Criterios de Inclusión, no inclusión	12
• Procedimiento para la obtención de la muestra.....	12
• Obtención de la información.....	13
• Herramienta de recolección de los resultados.....	13
• Análisis Estadístico.....	14
• Consideraciones Éticas del Estudio.....	14
• Resultados.....	15
• Análisis de resultados.....	16
• Conclusiones.....	17
• Sugerencias.....	17
• Bibliografía.....	19
• Cuadros.....	21
• Anexos.....	25

**“FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD EN ESCOLARES SEÑALADOS
POR EL PROFESOR COMO ALUMNOS PROBLEMA”
Ocampo-Barrio P¹, Quiroz-Pérez JR ², García-Felipe CE³**

Antecedentes. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, es la perturbación neuropsiquiátrica que más frecuentemente afecta a los escolares y representa la primera causa de atención psiquiátrica infantil. La observación empírica señala que los profesores durante su práctica frecuentemente se enfrentan a niños de difícil manejo ó control, etiquetándolos como un “problema”, atribuido generalmente a dificultades familiares, prestando poca importancia al establecimiento de un diagnóstico médico.

Objetivos: Determinar con que frecuencia se establece diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, en escolares señalados por el profesor como alumnos problema.

Material y métodos: Se realizó estudio observacional, transversal, descriptivo y prolectivo. No se determinó tamaño de muestra, ya que fue un muestreo no probabilístico (juicio), se incluyó al total de los alumnos de la escuela primaria República de Birmania, que sean señalados por su profesor como “alumnos problema”, y que de manera previa el padre o tutor haya consentimiento para participar en el proyecto. El diagnóstico se realizó con base en una entrevista clínica en la que deberán participar padres y niños. Con base en los criterios para diagnóstico de TDAH señalados en el DSMIV se determinará quien es portador de esta enfermedad. El análisis de datos con estadística descriptiva, determinación de medidas de tendencia central y dispersión en variables universales.

Resultados. Con un total de 440 alumnos activos en la Escuela Primaria República de Birmania en el turno matutino, fueron enviados 45 por los diferentes profesores para su valoración, de estos solo 38 cumplieron criterios de inclusión, se diagnosticó TDAH a 20 (52%) y sin TDAH a 18 (48%). De los casos detectados corresponden al 1er grado 8 (40%) y en el grupo sin el diagnóstico el sexto grado 8 (44%). Evidenciado con mayor frecuencia composición familiar nuclear en ambos grupos 15 (75%) y 8 (44%). Significancia estadística en los antecedentes personales patológicos (asfixia, prematuridad, neuroinfección y Traumatismo craneoencefálico)

Conclusiones. La frecuencia del TDAH en los alumnos señalados por el profesor es mayor al 50%, lo cual señala la importancia del profesor en el diagnóstico.

Palabras claves: TDAH (Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad), desatención, hiperactividad, impulsividad.

¹ Médico Familiar, Coord. Clínico Educación e Investigación. UMF- 94 IMSS.

² Médico Familiar, Coord. De Evaluación del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

³ Residente de 3er grado del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 94 IMSS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación. El TDAH es la perturbación neuropsiquiátrica que afecta más frecuentemente a los niños en etapa escolar (6 a 12 años), además de ser la primera causa de consulta por trastornos mentales infantiles en las dependencias del sector salud.

Desafortunadamente, su sintomatología clínica suele estar encubierta por la “conducta habitual” esperada de los niños, lo que hace que con demasiada frecuencia su diagnóstico pase desapercibido. Convirtiéndose así en una incapacidad invisible, que afecta a miles de niños y adultos mexicanos, quienes suelen ser etiquetados, discriminados y rechazados, ya que con su comportamiento rompen las reglas socialmente aceptadas por las diferentes instancias (escuelas, deportivos, clubes, etc.).

Por las características clínicas del padecimiento, este suele ser detectado durante el desempeño de actividades académicas que requieren de una mayor concentración y atención por parte del niño, lo que explica que sea principalmente el profesor el primero en percibir este problema y más tardíamente los padres.

Desafortunadamente la escasa información que los profesores tienen sobre este tema les lleva a etiquetar a estos niños como “problema”, atribuyéndole esto a diversas situaciones, sobre todo de índole familiar. Lo que no solo posterga o dificulta el establecimiento de un diagnóstico y el inicio de su tratamiento. Sino además con esta etiqueta adjudican inconscientemente al menor diversos roles (“desadaptado”, “tonto”, “rebelde”, etc.) situación que repercute en todas las áreas de su vida. Específicamente en la esfera escolar el desempeño educativo del menor se afecta de manera importante llevándole al fracaso y/o deserción escolar.

De la misma manera en el área afectiva se deteriora la estima del menor, lo que se manifiesta en el área social a través de exhibir una conducta aún más desadaptadas ó violentas, lo que se hace proclives a la adquisición de adicciones, inestabilidad y violencia en su vida personal y laboral. Aún cuando su etiología no está totalmente dilucidada, actualmente se cuenta con estrategias de tratamiento efectivas e integrales, personalizadas, multidisciplinarias adecuadas a las necesidades y características específicas de cada paciente.

Precisión de la pregunta de investigación. La observación empírica señala que los profesores se enfrentan frecuentemente a este problema, desafortunadamente la falta de conocimientos sobre este tema los lleva a etiquetar al niño como un “problema”, atribuyéndole esto a diversas situaciones y obviando la necesidad de un diagnóstico certero. La evidencia científica nacional no reporta trabajos de investigación que hayan determinado con qué frecuencia estos niños son realmente portadores del TDAH. Por lo cual considerando la factibilidad y recursos disponibles se construye la siguiente pregunta.

¿Con que frecuencia se establece diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, en escolares señalados por el profesor como alumnos problema?

MARCO CONCEPTUAL Y CIENTIFICO.

Generalidades

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es el disturbo neuropsiquiátrico, que afecta con más frecuencia a los niños. Generando un impacto social muy importante, al repercutir de manera trascendente sobre el desarrollo individual, la dinámica familiar y escolar. Es importante señalar que aún cuando este trastorno generalmente inicia en la niñez, puede persistir durante la adolescencia y hasta la vida adulta.^{1,2}

Epidemiología

En el año 2003 la Encuesta Nacional de Psiquiatría, reportó que en nuestro país al TDAH como el padecimiento psiquiátrico más frecuentemente diagnosticado en niños menores de 6 años.³ Comportamiento similar se presenta en Latinoamérica, donde se reporta alrededor de 36 millones de portadores de este padecimiento, destacando que de ellos únicamente el 10% reciben un tratamiento multidisciplinario adecuado.⁴ Mundialmente se reporta una incidencia promedio de 5%, dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados, el lugar geográfico y población de que se trate, su variabilidad va desde un 1 hasta un 17% en niños y de 1 a 4% en adultos.^{4,5,6,7}

Aspectos históricos

El TDAH ha sido descrito desde la antigüedad, lo que ha quedado reflejado en la sociedad a través de documentos literarios o artísticos. Es difícil precisar la primera referencia científica al respecto, así como el momento en que fue definido como un trastorno específico. Francia y Alemania, fueron los primeros países en describir este problema dentro del ámbito de la pedagogía. Algunos señalan al alemán H. Hoffmann como el primer autor que describió claramente el cuadro clínico de un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX. Poco después, en Francia 1877 Bourneville describe a estos “niños como inestables” caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada, actitud destructiva y leve retraso mental.⁸

En 1901, J. Denoor señala que estos niños presentan un patrón de comportamiento muy lábil, ya que presentan movimientos constantes y una clara dificultad para concentrar su atención. Un año más tarde, Still describe y agrupa de forma más precisa esta patología. Señala además que estos niños tienden a ser violentos, inquietos, molestos, revoltosos, destructivos, dispersos y sin déficit intelectual, añadiendo la repercusión escolar como característica asociada.

Hasta este momento sigue sin aclararse los mecanismos etiológicos de esta conducta, atribuyéndose a un “defecto patológico sobre el control moral”. No obstante, en algunos casos se constataba la presencia de rasgos dismórficos como epicantus o paladar ojival que indicaba un problema genético. En 1917 R. Lafora en Francia describe de nuevo las características clínicas de estos niños,

el resalta que es poco frecuente que se presente déficit cognitivo, sensorial y nervioso, sin embargo si mostraban conductas indisciplinadas, constante actividad y desatentos.

Tras estas descripciones clínicas y a mediados del siglo XX, aparecen las primeras teorías que explican la etiología de este padecimiento. Meyer en 1904 describe características clínicas similares al TDAH en niños con encefalopatía traumática. Hohman (1922) describe esta comportamiento como una secuela de la encefalitis epidémica.⁸ Shilder (1931) señala que la hiperquinesia es más frecuente en niños en niños con antecedente de sufrimiento fetal, sentando así la base “orgánica” de esta patología. Kahn y Cohen (1934), proponen el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del TDAH. Estos autores señalan que la causa de la labilidad psíquica de estos niños y de otras patologías conductuales tiene como causa una disfunción troncoencefálica.⁹ Posteriormente Clements y Peters sustituyen este término por el de “Disfunción Cerebral Mínima”, apoyando la posibilidad de un origen funcional y no exclusivamente estructural.

En la actualidad destacan las teorías neuroquímicas o neurofisiológicas que intentan explicar el TDAH. De tal manera que el Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil propone el término “Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima” para designar a niños que presentan hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma disfuncional.

En año 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, actualmente en su cuarta edición, así como la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión, sustituyen el término Disfunción Cerebral Mínima por el de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (DSM-IV-TR) o el de “Trastornos Hiperkinéticos” (CIE-10).¹⁰

Etiología

Hoy en día se reconoce que la etiología del TDAH es multifactorial; la carga genética presenta un comportamiento complejo debido al comportamiento de múltiples genes de efecto menor, que asociados a factores ambientales, determinan la expresión del trastorno. Se ha reconocido que los padres con antecedente de TDAH con demasiada frecuencia transmiten esta información a los hijos, desafortunadamente hasta el momento no se ha logrado precisar la relación de manera específica. Sin embargo la hipótesis principal que se ha manejado como causa de este trastorno es la disfunción del sistema dopaminérgico.¹¹

La evidencia científica sugiere que el TDAH es un desorden con un sustrato anatómico y fisiológico, de etiología primariamente poligénica que involucra cuando menos 50 genes; debido a ello, el TDAH es frecuentemente acompañado de otras anormalidades conductuales. Condición que explica las alteraciones anatómicas fronto-estriatal, pre-frontales y cerebelosas que

distinguen este cuadro. Así como las alteraciones fisiológicas de los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y adrenérgico.

Si bien el factor de riesgo más importante para la aparición de TDAH es el genético, también se ha reconocido el impacto de otros factores de riesgo, como lo es el tipo de dieta (aditivos de los alimentos), la contaminación atmosférica (plomo), las adicciones de la madre durante el embarazo (tabaquismo y alcoholismo), las complicaciones del parto (bajo peso al nacer y prematuridad), la funcionalidad familiar, el estatus socioeconómico bajo, la privación ambiental, violencia, estrés y depresión.^{2, 4, 12.}

Cuadro clínico

La sintomatología es muy inespecífica, el signo cardinal está representado por **desatención**, entendida como “la dificultad para presentar y mantener la atención controlada, pero no para la atención automática, en el procesamiento de estímulos simultáneos, en la discriminación entre estímulos relevantes de los irrelevantes, en el mantenimiento de la atención de manera continua, en la respuesta a estímulos de frecuencia lenta, en aprender y recordar lo aprendido, en la respuesta emitida a las variaciones del contexto y del ambiente. Lo que torna a estos niños como impulsivos, poco analíticos y con poca flexibilidad cognitiva. Pueden existir además alteraciones sobre el aprendizaje, por déficit en áreas determinadas como: matemáticas, escritura, lectura, habla, que sin un tratamiento específico pueden convertirse en trastornos graves como: disortografía, discalculia, disgrafía y otros asociados a la lectura.”²

Diagnóstico

En la actualidad se dispone de dos criterios diagnósticos: **DSM-IV** (es el más empleado a pesar de no ser tan específico) y **CIE-10** (establece criterios muy detallados).

I. Criterios establecidos por **DSM-IV**.^{1, 2, 6, 13.}

A. Cualquiera de los siguientes aspectos (1 o 2) debe estar presente en el individuo con este problema:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante seis meses, hasta el punto de generar una inadaptación y un nivel de desarrollo inadecuado:
 - a) Frecuentemente no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas de la escuela, el trabajo u otras actividades.
 - b) Presenta dificultad para mantener la atención en las tareas o en los juegos.
 - c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - d) Comúnmente no sigue las instrucciones y deja el trabajo u otras actividades sin terminar.
 - e) Frecuentemente presenta dificultad para organizar sus tareas y actividades.

- f) Evita o rechaza hacer tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido.
 - g) Pierde objetos que le son necesarios para sus tareas y actividades.
 - h) Se distrae fácilmente con cualquier estímulo.
 - i) Es olvidadizo en sus actividades diarias.
2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad e impulsividad, que han persistido por lo menos durante seis meses hasta el punto de generar una inadaptación y un nivel de desarrollo inadecuado:

Hiperactividad:

- a) Presenta inquietud con las manos, con los pies o en su asiento,
- b) Se levanta del asiento en el salón de clases o en otras situaciones en las que debería permanecer sentado;
- c) Corre o trepa en situaciones en que no es apropiado;
- d) Presenta dificultad para jugar tranquilamente o relajarse;
- e) Frecuentemente está “a la carrera” y actúa como si lo impulsara un motor;
- y
- f) Habla en exceso.

Impulsividad:

- g) contesta antes de que se terminen de hacer las preguntas;
- h) tiene dificultad para esperar su turno; e
- i) interrumpe o se entromete constantemente.

B. Algunos de los síntomas que han ocasionado el deterioro estuvieron presentes antes de los siete años de edad.

C. Algún deterioro ocasionado por los síntomas está presente en dos o más situaciones, o sea en el hogar, con los compañeros y en la escuela.

D. Debe haber clara evidencia clínica de un deterioro en el funcionamiento académico, social u ocupacional.

En el año 1995 el TDAH fue clasificado en tres subgrupos:

- 1) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio en el déficit de atención.
- 2) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio de la hiperactividad e impulsividad.
- 3) Trastornos por déficit de atención con hiperactividad, de tipo combinado, en donde los dos criterios se presentan juntos. Está asociado con agresividad, conducta desafiante, ansiedad y depresión ², con una prevalencia de 3 a 5% en niños escolares y una relación 4:1, a favor de los niños varones; para otros autores la incidencia es hasta de 1: 15%.²

II. Criterios establecidos en el CIE-10. ¹⁴

Trastornos hiperkinéticos (F90). Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hiperkinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motor y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima. Excluye: esquizofrenia, trastornos de ansiedad, generalizados del desarrollo y humor (afectivos).

Perturbación de la actividad y de la atención F90.0.

- Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad
- Trastorno hiperkinético con déficit de la atención
- Excluye: trastorno hiperkinético asociado con trastorno de la conducta.

Trastorno hiperkinético de la conducta F90.1.

- Trastorno hiperkinético asociado con trastorno de la conducta

Otros trastornos hiperkinéticos F80.8.

Trastorno hiperkinético no especificados F90.9.

- Reacción hiperkinética de la niñez o de la adolescencia SAI.
- Síndrome hiperkinético SAI.

Resulta importante de señalar en este momento que las manifestaciones clínicas cambian a lo largo del ciclo de vida y es necesario contar con una visión longitudinal y no transversal de las manifestaciones para entender la evolución del TDAH en cada persona. Es incuestionable que el diagnóstico TDAH es clínico y los marcadores biológicos como Electroencefalograma (EEG), estudios de neuro imagen o pruebas neuro psicológicas, no se constituyen en el estándar de oro para establecer diagnóstico. ⁴Por ende el clínico debe buscar intencionalmente la presencia de otras patologías, en todos los menores en que se sospeche de este diagnóstico. ²

Estudios epidemiológicos sobre el TDAH es más frecuente en varones, en una proporción de 4:1. Además de asociarse en un 65% de los casos, a otros trastornos, en particular trastorno negativista desafiante (50%), trastorno disocial (30- 50%), trastorno de ansiedad (20-25%), trastorno del estado de ánimo (15-20%) y trastorno del aprendizaje (10-25%). En los adolescentes puede asociarse con el abuso de sustancias. ⁵

Comorbilidad

En 87% de los casos los menores diagnosticados como TDAH presentan una patología y en 64% dos o más. Entre las patologías más frecuentes podemos mencionar los siguientes: trastornos de afectividad generados por su personalidad egoísta y egocéntrica, que los hace muy quejumbrosos y sentirse perjudicados e infravalorados, lo que da como resultado individuos solitarios con relaciones de pareja convencionales, la conducta negativista desafiante y el trastorno del desarrollo de la coordinación, le sigue el trastorno disocial, el síndrome de Tourette; trastornos de ansiedad, de Asperger, en la comunicación, del aprendizaje, dislexia, discalculia, disgrafía, y depresión o retraso mental. También presentan trastornos en la comunicación originado por su falta de coordinación motriz.^{2, 9, 15.}

De manera general los problemas comorbidos se subdividen tres grandes áreas:

- Trastornos emocionales.

Al margen de la baja autoestima que prácticamente será la norma, el niño con TDAH tiene un mayor riesgo de desarrollar un problema de ansiedad y depresión que la población general.^{16, 17.}

- Problemas de aprendizaje.

El niño con TDAH tiene pocas habilidades para organizarse y su memoria de trabajo es escasa (no tiene una buena memoria a corto plazo y le cuesta activarla), ambas cosas son necesarias para hacer los trabajos escolares. Así es que, tanto por su inatención, por su escasa capacidad organizativa, como por su pobre memoria de trabajo, tendrá problemas de aprendizaje. Además podrá presentar de forma comórbida un trastorno específico del aprendizaje (dislexia etc.), lo que dificultaría aún más su progresión en los estudios.

- Problemas de conducta.

El problema de conducta más habitual es la desobediencia. Hacia la edad de los ocho años es cuando puede desarrollarse un trastorno negativista desafiante mostrando una conducta discutidora, irascible y resentida. Ésta puede evolucionar en la adolescencia hacia un trastorno disocial. El riesgo de desarrollar un abuso en el consumo de drogas será más elevado que en la población general, sobre todo si el paciente no ha sido controlado de forma adecuada durante su infancia.^{9, 15}

Resultaría una omisión importante no mencionar la relación entre el TDAH y las dificultades en el aprendizaje, el fracaso escolar y auto estima, actualmente como ya se a señalado la sintomatología del TDAH, tiene una gran problemática en el aprendizaje escolar de estos niños. Estas dificultades implican que el niño no tenga el rendimiento académico exigido para su edad, aunque tenga capacidad y nivel de inteligencia normal. De esta manera nos encontramos con un niño que no cumple las expectativas escolares, que tiene

dificultades en áreas del aprendizaje, en definitiva un niño con fracaso escolar.¹⁸ Son niños que acaban teniendo una pobre imagen de sí mismos (baja autoestima), niños que ven y saben que no siempre hacen bien las cosas y esto se ve reflejado tanto en sus calificaciones como en la imagen que tienen los demás de ellos.¹⁹

Tratamiento (aspectos generales)

El tratamiento del TDAH se ha transformado en los últimos años gracias a los avances clínicos y científicos. Ahora contamos con conocimientos sustanciales sobre la neurobiología, herencia, persistencia, comorbilidad, tratamientos psicológicos y farmacológicos del TDAH en niños, adolescentes y adultos. Estos conocimientos son de indudable utilidad para los clínicos que cada vez más son requeridos para diagnosticar y dar tratamiento a quienes sufren de este trastorno.²⁰

En particular, se hace énfasis en el tratamiento farmacológico en situaciones especiales para el uso de los medicamentos como la presencia de tics, epilepsia, embarazo y lactancia, y el uso concomitante de alcohol y drogas. Sin embargo no debemos olvidar que el manejo del TDAH es multidisciplinario, integral e individualizado, en el cual el enfoque psicofarmacológico constituye la piedra angular del tratamiento. Los estimulantes representan el grupo de medicamentos más utilizado y con mayor evidencia científica; entre ellos el metilfenidato ha demostrado un elevado índice de eficacia.^{4, 11, 12.}

Existen opciones farmacológicas diversas útiles en el manejo del TDAH solo o con comorbilidad, como los medicamentos no estimulantes (atomoxetina, antidepresivos tricíclicos, agonistas alfa adrenérgicos y modafinilo). Se realizó una revisión de los aspectos farmacológicos relevantes incluyendo efectos secundarios, contraindicaciones y situaciones especiales, al igual que las indicaciones clínicas de los distintos medicamentos. Particularmente en el caso del metilfenidato, se hace énfasis en las implicaciones clínicas de las distintas formulaciones del fármaco (liberación inmediata vs. liberación prolongada) desde el punto de vista de su aplicación la farmacocinética aplicada, lo que permite optimizar el tratamiento.

Como conclusiones relevantes hacemos constar que los trastornos de tics/Tourette, la epilepsia, y el antecedente del abuso de sustancias no son contraindicaciones para el uso de estimulantes. En el mismo nivel se enfatiza que no existe riesgo adictivo en las formulaciones y dosis recomendadas de los fármacos estimulantes.

Existen otros fármacos como los antipsicóticos atípicos y algunos medicamentos antiepilépticos que son administrados en casos de comorbilidad psiquiátrica.

Es muy amplia la gama de medidas terapéuticas para el TDAH y sus condiciones asociadas (trastornos del aprendizaje, abuso de sustancias, trastornos depresivos y bipolares, tics, ansiedad, etc.). Además de los medicamentos estimulantes y no estimulantes de variada eficacia y efectos

secundarios se dispone de diversos tratamientos psicosociales (psicoterapias individuales y familiares, psicoeducación, rehabilitación pedagógica), los cuales, sin incidir directamente sobre los signos claves del TDAH (hiperactividad, impulsividad e inatención) son sin duda valiosos factores coadyuvantes en cualquier plan de tratamiento.

En un estudio multicéntrico realizado con metilfenidato, muestra su eficacia en el manejo del TDAH. Lo más relevante de esta nueva presentación es la duración más prolongada de sus efectos terapéuticos, de 12 horas, a diferencia de la del metilfenidato simple, cuya duración de tres a cinco horas hacía necesario la toma de dos o tres dosis al día con todos los inconvenientes que esto acarrea.²⁰

Los tratamientos conductuales sin medicamentos sólo produjeron escasa mejoría. La conclusión es que el medicamento es siempre la primera elección en el tratamiento del TDAH en la etapa escolar.^{21, 22} En México, hasta hace poco tiempo, el único fármaco estimulante disponible legalmente era el metilfenidato en su forma simple. La aparición de este medicamento, junto con la de otros no estimulantes como la atomoxetina, la venlafaxina, el bupropión.^{23, 24, 25}

Impacto psicosocial del TDAH

La repercusión que tiene el TDAH sobre el funcionamiento del individuo en el plano de su vida escolar, familiar y en la relación con sus pares, ha sido un campo de investigación poco explorado. Generalmente a estos niños se les considera flojos, irresponsables y culpables de conductas que no están bajo su control.^{15, 26}

Los niños hiperactivos obtienen calificaciones más bajas, reprueban más y sufren más problemas de aprendizaje que sus compañeros de inteligencia similar, sobre todo cuando no reciben los apoyos oportunos. Los problemas en el funcionamiento de los pacientes con TDAH se manifiestan en forma diversa en cada etapa de la vida. Se ha visto que a los niños en etapa preescolar reciben más órdenes, castigos y críticas que a sus pares. Consecuentemente estos niños tienden a ser más agresivos, destructivos y dominantes. Cuando se emplean castigos duros y críticas constantes sin promover el trato positivo, estos niños pueden empeorar su comportamiento y desarrollar más problemas.^{18, 26}

En la etapa escolar, debido a su dificultad para mantener la atención, presentan problemas de aprendizaje y bajo rendimiento a pesar de contar con inteligencia normal. Esto se complica cuando por su hiperactividad e impulsividad trastornan el ambiente del salón de clases, lo cual irrita a los maestros y compañeros. Todo esto puede generar suspensiones, expulsiones y deserción escolar. Como consecuencia, baja su autoestima y sufre la relación entre padres e hijos. En la adolescencia, además de los problemas en la escuela, pueden ocurrir otros relacionados con la impulsividad y la búsqueda de satisfacciones inmediatas. Por eso tienden a desarrollar una vida sexual precoz con riesgo de embarazo y enfermedades, a experimentar con drogas y a

exponerse a experiencias que ponen en peligro su vida y a presentar conductas auto agresivas cuando se sienten frustrados.²⁷

Los adultos con TDAH tienden a ser menos estables en sus relaciones interpersonales, lo cual propicia cambios de trabajo, de parejas y trastornos en la dinámica familiar con repercusión en la crianza de los hijos. Además son más propensos a sufrir accidentes de tránsito en comparación con la población general. Es importante mencionar que las mujeres son menos propensas a sufrir este trastorno o bien con cierta frecuencia puede pasar desapercibido y por ende recibir menor atención. Frecuentemente existe más de un miembro en la familia con TDAH, lo cual puede aumentar las complicaciones.

El empleo de medicamentos es fundamental para disminuir las conductas negativas, pero también se requiere de orientación a los padres y maestros y a veces otras medidas del tipo de las psicoterapias para disminuir el impacto psicosocial. Los progenitores que son capaces de dar apoyo, estabilidad, estimulación educativa y esperanza, pueden ayudar a los niños con TDAH a compensar sus dificultades.^{20, 27}

Es bien conocido el papel que juega la familia sobre el desarrollo conductual del menor, sin embargo no ha podido asociarse la presencia de TDAH con alteraciones de la dinámica familiar. Lo que si ha sido posible establecer es la influencia de la calidad de las relaciones familiares con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología de la niñez.

Algunos estudios han reportado que este trastorno es más común en las familias disfuncionales y que se desarrollan en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica. El TDAH es una de las principales razones por la que acuden los niños a los servicios de salud mental; está asociado a alteraciones significativas en el funcionamiento social y en ajuste de tanto los niños como sus padres, afectando la cantidad y calidad de interacciones en las cuales un niño hiperactivo se involucra.

La crianza de un niño que es excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsivo ofrece numerosos retos a los padres. Quienes usualmente reportan altos niveles de frustración o estrés por sus intentos de manejar y controlar su conducta. Es frecuente encontrar niños con TDAH en familias disfuncionales, lo que no se ha podido aclarar en estos estudios, es si la disfunción observada es causada por tener un niño con TDAH o so los problemas de conducta del niño son causados por la disfunción familiar.¹⁴

Los hallazgos de un estudio venezolano sugieren falta de asociación entre el clima familiar negativo y la gravedad de los síntomas de TDAH. Sugiriendo ampliar este campo de estudio considerando de manera integral diversos instrumentos de evaluación familiar que permitan determinar la estructura y funcionamiento de estas familias.^{14, 17}

El auge e importancia que ha tomado este tema se ve reflejado en diversos artículos periodísticos, en el año 2005 se entrevistó a Adriana Pérez de Legaspi presidenta de la Asociación Mexicana por Déficit de Atención e Hiperactividad,

quien denunció que el trastorno por déficit de atención afectaba a tres millones de adultos, cifra que se incremento a tres millones y medio para 2006. Urgiendo la creación de una Norma Oficial para atender esta patología.^{28, 29.}

EXPECTATIVA EMPIRICA

En menos del 80% de los escolares señalados por el profesor como alumnos problema se establece diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar con que frecuencia se establece diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, en escolares señalados por el profesor como alumnos problema.

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable de estudio.- Diagnóstico de TDAH

Variables antecedentes.- Edad, sexo y grado Escolar del niño. Edad, escolaridad y estado civil de los padres. Composición Familiar, Antecedente familiar de TDAH, Antecedente de Hipoxia neonatal, Neuroinfección, Trauma obstétrico y craneoencefálico en el infante.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Ver Anexo 1

DISEÑO ESTUDIO

- ⇒ Observacional
- ⇒ Analítico
- ⇒ Transversal
- ⇒ Prolectivo

UNIVERSO DE TRABAJO

Niños escolares alumnos de la escuela de educación básica, señalados por los profesores como alumnos problema.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Niños escolares alumnos de la escuela República de Birmania, señalados por los profesores como alumnos problema.

MUESTRA DE ESTUDIO

Niños escolares alumnos de la escuela República de Birmania, señalados por el profesor como alumnos problema, en donde el padre o tutor acepta participar en el estudio.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA

No se determino estadísticamente tamaño, ya que se incluyo a todos los escolares señalados por el profesor como alumnos problema.

TIPO DE MUESTREO

Se utilizó muestreo no probabilístico por juicio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Inclusión:

- 1) Escolares de la escuela primaria República de Birmania, señalados por el profesor como alumnos problema.
- 2) Que el padre ó madre extienda consentimiento por escrito de su participación en el estudio.
- 3) No contar con el antecedente de padecer alguna patología orgánica cerebral (epilepsia, autismo, trastornó obsesivo compulsivo).
- 4) No cuenten con diagnostico previo y tratamiento médico para TDAH.
- 5) Asistencia del menor acompañado de padre, madre o tutor informante a la entrevista clínica de evaluación.
- 6) Que el tutor informante sea una persona que tenga información sobre los antecedentes familiares y personales del menor y una convivencia mínima con este de 6 meses.

No Inclusión: No aplican.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

1. Selección y autorización de trabajo en escuela primaria. El investigador responsable previamente realizó la petición verbal al director quien dió la apertura para la realización del proyecto, el cual previamente había sido aceptado por el comité local de investigación 3515.
2. **Entrevista con profesores.** Se realizó reunión con todos los profesores donde los investigadores informaron sobre los objetivos del estudio y en qué consiste su participación.
3. **Identificación de unidades muestrales.** Los profesores emitieron un listado de alumnos que ellos consideraban eran portadores del problema.
4. **Programación de entrevista con padres de familia.** Una vez que los investigadores contaron con el listado de alumnos problema, se programó entrevista con los padres por medio de una invitación entregada al niño, así mismo esta invitación se ratificó a través de invitación telefónica o domiciliaria hecha por los investigadores.
5. **Reunión con los padres de familia.** Los investigadores expusieron brevemente la historia natural del TDAH. Así como los objetivos del trabajo y señalando que su participación consistía en proporcionar información acerca de: antecedentes familiares y patológicos del escolar y sobre el comportamiento general del niño en los últimos 6 meses. Quienes aceptaron extendieron su consentimiento por escrito (anexo 3), precisando en ese momento fecha de entrevista (anexo 5).

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

La información se obtuvo a través de una entrevista clínica que en promedio fue de 120 minutos. Esta se realizó en una de las aulas de la unidad o en el domicilio de los entrevistados (cuando esto se eligió por los padres).

Primeramente se solicitó a los padres o tutor informante contestar el anexo 5, donde se identificaron las variables universales y antecedentes de nuestro estudio. Posteriormente se solicitó su ayuda para ir evaluando cada una de las observaciones establecidas en el anexo 4 y que permitieron establecer el diagnóstico de TDAH.

Al término de la entrevista el investigador responsable extendió el anexo 6 donde se señalaba el resultado de la evaluación y se informó a los padres o tutor informante sobre la conducta a seguir en caso de haberse establecido el diagnóstico.

HERRAMIENTA DE RECOLECIÓN DE INFORMACION.

Para la indagación de las variables antecedentes se elaboró una hoja de indagación un cuestionario estructurado-cerrado, integrado por 17 preguntas que exploran las variables antecedentes, las cuales se presentan en el siguiente cuadro.

Variable	Indicador	Pregunta
Ficha de identificación	Nombre del alumno	1
	Nombre del informante	2
	Parentesco	3
Niño	Edad	4
	Sexo	5
	Grado escolar	6
Fuente de información	Edad informante	7
	Sexo informante	8
	Parentesco	9
	Edad Padre	10
	Edad Madre	11
	Grado escolar padre	12
	Grado escolar madre	13
Estado civil de los padres	14	
Antecedente familiar	TDAH	15
Antecedentes del menor	Hipoxia neonatal	16
	TCE	
	Neuroinfección	
Constitución familiar	Composición familiar	17

Para identificar el TDAH se construyó un inventario de signos y síntomas sustentados en los criterios diagnósticos de esta patología contenidos en el DSM IV. De tal manera que únicamente se realizó validación de contenidos con la asesoría de médico pediatra y psiquiatra. Este instrumento consta de 19 observaciones cuyos indicadores son: Síntomas inatención (diez observaciones), hiperactividad (seis observaciones) e impulsividad (tres observaciones). Se establece diagnóstico con la presencia de 6 ó más observaciones positivas. Ver anexo 5.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACION

Para el análisis del comportamiento de las variables universales (sexo, edad y escolaridad del niño, padres e informante y estado civil de los padres) y variables antecedentes (composición familiar, antecedente familiar de TDAH, antecedente personal de hipoxia neonatal, neuroinfección, trauma craneoencefálico) se utilizó estadística descriptiva. Con el propósito de identificar la influencia de las variables universales y antecedentes sobre la presentación de TDAH se utilizó prueba no paramétrica de Chi cuadrada, Fisher (sexo, antecedente de TDAH) y U de Mann Whitney (grado escolar).

CONSIDERACIONES ETICAS

Este trabajo se fundamenta desde el punto de vista ético en el art. 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En el reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación para la salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987 y Declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. Lo cual quedo estipulado en la carta de consentimiento informado (anexo 3).

Los principios éticos básicos que se consideraron en nuestro estudio son los siguientes:

1. Respeto. Se respeto a los participantes de nuestro estudio conservando su anonimato y no resaltando o calificando ninguna de sus características personales o familiares.
2. Beneficencia. En el estudio estableció un diagnóstico clínico oportuno que favorezca el manejo de los alumnos etiquetados como problema. Así mismo se brindo orientación a los padres sobre la disciplina familiar y envió oportuno a los casos detectados de acuerdo a cada caso.
3. Justicia. Se otorgo en lo posible dar la oportunidad de participar a todos los niños identificados por su profesor como problema.

RESULTADOS

La Escuela Primaria República de Birmania, cuenta con una población de 440 alumnos activos en el turno matutino. Los profesores señalaron como “alumnos problema” a 45 (10.22%), de ellos solo 38 cumplieron con los requisitos establecidos para participar en el estudio. Se estableció diagnóstico de TDAH en 20 (52.6%) y en 18 (47.4%) alumnos se descartó este diagnóstico.

El grupo donde se estableció diagnóstico de TDAH se integró por 16 hombres (80%) y 4 mujeres (20%), su edad promedio fue de 8.4 años (desviación estándar ± 1.8 y rango 6-12 años). El mayor porcentaje de ellos cursaba el primer grado 8(40%). Ver cuadro I

El cuadro II muestra que 14(70%) madres acompañaron al menor a la entrevista, 3(15%) fueron acompañados por algún hermano, 2 (10%) por tíos y 1 (5%) por su abuela. Es importante señalar que ninguno de los escolares fue acompañado por su padre.

El promedio de edad del padre fue de 35.5 años y de la madre de 29.5 años, respecto a su escolaridad llama la atención que 2(10%) de los padres señalaron ser analfabetas, condición que no se presenta en las madres. Nivel de escolaridad más frecuentemente reportado en ambos padres fue la primaria. Respecto a su condición civil en 16(80%) parejas refirieron convivencia familiar ya sea por casamiento o unión libre. Ver cuadro III

Se encontró ausencia de antecedentes personales patológicos en 11(55%) escolares, a diferencia del grupo anterior, se presentó antecedente de prematuridad en 5(25%) y asfixia perinatal 2(10%). En 4(20%) de los escolares existió el antecedente familiar de TDAH. Ver cuadro IV

La composición familiar que predominó fue la nuclear en 15 (75%), seguida de la extensa y extensa compuesta en 2(10%) niños respectivamente y 1(5%) reconstruida. Ver cuadro V

El Grupo donde se descartó diagnóstico de TDAH, estuvo integrado por 11 hombres (61.1%) y 7 mujeres (38.89%), que presentaron una edad promedio de 9.94 años (desviación estándar ± 2.1 y rango 8-12 años). A diferencia del grupo anterior, el mayor porcentaje de alumnos cursaban el 6º grado. Ver cuadro I

Como se muestra en el cuadro II la madre al igual que en el grupo anterior fue el acompañante que con mayor frecuencia acompañó a la entrevista al escolar a diferencia también lo acompañaron 7(38%) los abuelos y 2(11.1%) padres.

El promedio de edad del padre fue de 38.5 años y de la madre de 25.5 años, al igual que en el grupo anterior 3(16.6%) padres se refirieron analfabetas, circunstancia no presente en las madres, la escolaridad promedio en ambos padres fue de primaria. Tocante a su condición civil 12(66.6%) parejas refirieron convivencia familiar por casamiento o unión libre. Ver cuadro III

No presentaron antecedentes patológicos 17 (94.5%) de los escolares de este grupo y solo 1(5.5%) refirió asfixia perinatal. En ninguno de ellos existió historia familiar de TDAH. ^{Ver cuadro IV}

Al igual que en el grupo anterior la composición familiar de tipo nuclear se presento en 8 (44%) escolares, seguida de la extensa en 7(38.5%), tal como se muestra en el cuadro V.

Los resultados obtenidos para cada una de las pruebas efectuadas se presentan en cada uno de los cuadros mencionados anteriormente. Como se puede apreciar sólo el grado escolar y los antecedentes patológicos del escolar resultaron con significancia estadística.

ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados del estudio señalaron que un poco más de la mitad (52%) de los escolares señalados por el profesor como alumnos problema presentaron TDAH. Este dato que resulta alarmante, ya que los padres de familia lo desconocían, lo que puede retrasar su diagnóstico y tratamiento lo pudiera condicionar consecuencias permanentes. Pues aún cuando este trastorno generalmente inicia en la infancia, como lo señala Serrano¹ y Quiroz ² puede persistir durante la adolescencia y adultez. Desafortunadamente no fue posible localizar en la literatura médica trabajos similares al nuestro, que nos permitieran comparar específicamente la frecuencia de TDAH en alumnos etiquetados como problema.

El sexo donde hubo un predominio de este diagnostico fue el masculino en una relación 4 a 1, dato que encontró de manera similar Vallejos⁵: con una mayor frecuencia de este trastorno en hombres.

Otro hallazgo de nuestra investigación que coincide con otros reportes como el de Medina³, es el hecho de haber encontrado una mayor frecuencia de este diagnostico a la edades tempranas (6 y 7 años). Condición que es explicada por Montiel¹⁸, al señalar la dificultad a que enfrenta el menor ante el cambio de disciplina, reglas y actividades a que se ve sometido al ingresar al sistema educativo. Siendo este el momento más pertinente para descartar esta patología.

La evidencia científica actual señal a los antecedentes patológicos neonatales (prematurez, asfixia, traumatismo craneoencefálico y neuroinfección) como factores de riesgo para TDAH¹¹. Situación que se corrobora en nuestro estudio ya que estos antecedentes fueron más frecuentes en niños con TDAH y tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

En la misma línea de antecedentes, el factor de riesgo que se ha asociado más fuertemente al TDAH en cuanto a la relación con la expresión genética de la producción de Dopamina es el antecedente familiar de TDAH señalado por De la Peña ¹², sin embargo en nuestros resultados este antecedente solo se presento en 4 casos, aunque en la muestra no hubo significancia estadística, esto debido quizá pueda deberse el tamaño de la muestra.

La composición familiar que predomina en ambos grupos es la nuclear, lo cual nos señala que la atención brindada a los escolares con problemas está dada por sus padres. Llama la atención que en el grupo con TDAH los padres fueron los que se presentaron con mayor asiduidad, y en el grupo sin TDAH quien acudieron también con mayor frecuencia, eran otro tipo de familiares pertenecientes a las familias extensas, quizá esto se presentó por un incremento importante de familias extensas siendo el informante hasta en un 44.5 % alguien diferente a los padres los que nos pudiera señalar el origen de tales conflictos. Esto puede causar problemas en la atención de los niños, ya que estos familiares no pueden tomar una decisión para el manejo de los niños.

CONCLUSIONES

- ✓ En 52 % de los niños etiquetados como alumnos problemas se estableció diagnóstico de TDAH.
- ✓ El diagnóstico en escolares fue más frecuente en hombres en una relación con las mujeres de 4-1.
- ✓ El promedio de edad de diagnóstico de TDAH fue de 8.4 años siendo los 7 años la edad más frecuente.
- ✓ El grado escolar donde se evidenció el diagnóstico fue el 1er grado.
- ✓ Los antecedentes personales patológicos (prematurez, asfixia y traumatismo craneoencefálico) tienen alguna relación causal significativa para presentar TDAH.
- ✓ El antecedente familiar TDAH que es de suma importancia etiológica para el diagnóstico no tuvo significancia en el estudio realizado.
- ✓ La familia de origen de los escolares con problemas es nuclear.
- ✓ Se encontró un incremento de familias extensas y que el informante en la entrevista fuera alguien diferente a los padres, en el grupo de con problemas escolares sin diagnóstico de TDAH.

SUGERENCIAS

El estudio hecho muestra una línea de investigación no muy explorada, la cual tiene su importancia en el desempeño académico del escolar y por ende el desarrollo óptimo de sus capacidades.

El Médico Familiar debe dar el peso suficiente a la experiencia y observaciones hechas por los profesores para el diagnóstico de TDAH ya que son estos los primeros en detectar estas conductas.

Deberá existir una mayor relación de cooperación entre la escuela y el médico familiar para poder diagnosticar y atender a los escolares con TDAH, apoyándose en los programas de promoción a la salud con procesos educativos para orientar a maestros y padres de familia sobre este padecimiento.

Para poder evidenciar con mayor precisión la influencia de los factores de riesgo es necesario hacer nuevos estudios con una mayor población.

Se deben realizar investigaciones que traten de puntualizar la influencia de la familia o la escuela en el mal comportamiento de los escolares sin TDAH.

El Médico Familiar debe conocer la correcta evaluación para el diagnóstico de TDAH, ya que si no está familiarizado con el padecimiento puede cometer errores, retrasando así el diagnóstico, vigilancia y manejo oportuno, lo que hace necesaria su capacitación en esta área, fundamental para el desarrollo integral en la infancia.

ANEXOS

ANEXO 1 CUADRO DE VARIABLES

IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIÓN	INDICADORES	TIPO	ESCALA MEDICIÓN	CATEGORIZACION
V. Estudio TDAH	Síndrome conductual de origen orgánico que se manifiesta principalmente con desatención.	El diagnóstico de TDAH se establecerá con base en los criterios señalados por el DSM IV	Desatención Hiperactividad Impulsividad	Cualitativa	Nominal	1. Si TDAH 2. No TDAH
V. Universales EDAD	Tiempo contabilizado a partir del nacimiento de un individuo	Numero de años que tiene el niño referido el entrevistado.	NN	Cuantitativa	Numérico	No necesaria
SEXO	Clasificación genotípica y fenotípica del los seres humanos.	Sexo referido por el entrevistado.	NN	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Hombre 2 .Mujer
GRADO ESCOLAR	Estado académico actual.	Grado académico referido por el entrevistado o el profesor	NN	Cualitativa	Ordinal	1. 1ro 2. 2do 3. 3ro 4. 4to 5. 5to 6. 6to
EDAD DEL INFORMANTE	Tiempo contabilizado a partir del nacimiento de un individuo	Numero de años que tiene el niño referido el entrevistado.	NN	Cuantitativa	Numérico	No necesaria
SEXO	Clasificación genotípica y fenotípica del los seres humanos.	Sexo referido por el entrevistado.	NN	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Hombre 2 .Mujer
PARENTESCO CON EL ESCOLAR	Relación consanguínea o política que tenga con el escolar	Parentesco referido por el informante	NN	Cualitativa	Nominal policotomia	1. madre/padre 2 abuelo/abuela 3. tío/tía 4. Hermano/Herman 5. Otro.
EDAD DE LOS PADRES MADRE/ PADRE	Tiempo contabilizado a partir del nacimiento de un individuo	Numero de años que tiene el niño referido el entrevistado.	NN	Cuantitativa	Numérico	No necesaria

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	Grado de estudio formales y escolarizados.	Escolaridad de los padres referida por el entrevistado	NN	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Bachillerato 6. Licenciatura 7. Postgrado
ESTADO CIVIL DE PADRES	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles en cuanto a matrimonio se refiere.	Estado civil de los padres del escolar, referido por el entrevistado	NN	Cualitativa	Nominal Policotomica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casados 2. Unión Libre 3. Soltero (a) 4. Viudo (a) 5. Divorciado (a) 6. Separados
V. Antecedente COMPOSICIÓN FAMILIAR	Forma en que esta compuesta la familia	Constitución familiar del escolar referida por el entrevistado.	NN	Cualitativa	Nominal Policotomica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Uniparental 3. Extensa: 4. Extensa compuesta: 5. Reconstruida
AHF	Antecedente de TDAH en familiares directos.	Antecedente referido por el entrevistado.	NN	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO
APP	Información sobre patología previa	Antecedentes referidos por el entrevistado	NN	Cualitativo	Nominal Policotomica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asfixia perinatal 2. Infección de SNC 3. Traumatismo craneoencefálico 4. ninguno



ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**LISTA PRELIMINAR DE ESCOLARES IDENTIFICADOS POR LOS
PROFESORES COMO ALUMNOS PROBLEMA**

NO.	NOMBRE DEL ESCOLAR	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR	DOMICILIO	TELEFONO
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

ANEXO 3 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN, PARA INGRESAR A PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

Yo _____ autorizo la participación de mi hijo(a) en el protocolo de investigación titulado "FRECUENCIA DE TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESCOLARES SEÑALADOS POR EL PROFESOR COMO ALUMNOS PROBLEMA"

Registrado ante el Comité Local de investigación de la UMF No. 94 número **3515**
El objetivo del estudio es Determinar con que frecuencia se establece diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, en escolares señalados por el profesor como alumnos problema así como algunos otros datos sociodemográficos en escolares.

Declaro que se me ha explicado que nuestra participación consistirá en acudir a una sesión a la escuela de mi hijo donde se me proporcionará información sobre el estudio y posterior a una entrevista clínica de 60 minutos, la cual decido se realice en _____ en la que debe estar presente mi hijo. (a)

Se me ha señalado que la información que proporcione será de uso confidencial y utilizado solo con fines de investigación, así como el derecho de retirarnos del estudio en el momento que se desee. Respetando el anonimato no resaltando o calificando ninguna características personales o familiares.

En el estudio se establecerá un diagnóstico clínico presuntivo que favorezca el manejo oportuno de los alumnos etiquetados como problema. Así mismo se nos brindará orientación sobre la disciplina familiar y envío oportuno a los casos detectados de acuerdo a cada caso.

Nombre y firma de los padres o representante legal

Nombre y firma del escolar

Nombre y firma del investigador

No. Telefónicos a los que se puede comunicar en caso de dudas o preguntas en relación al estudio.

57 99 69 69 ó 044 55 16 08 70 78

Testigos

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 4

REGISTRO DE DATOS OBTENIDOS EN ENTREVISTA CLINICA

- 1. NOMBRE DEL MENOR. _____
- 2. NOMBRE DEL INFORMANTE: _____

- 3. EDAD DEL ESCOLAR: _____
- 4. SEXO: _____ 1 Hombre. 2 Mujer.
- 5. GRADO ESCOLAR: _____

GRADO ESCOLAR
1. Analfabeta
2. Sabe leer y escribir
3. Primaria
4. Secundaria
5. Bachillerato
6. Licenciatura
7. Postgrado

- 6. EDAD DEL INFORMANTE: _____
- 7. SEXO: _____ 1 Hombre. 2 Mujer.
- 8. PARENTESCO: _____

9. EDAD DEL PADRE _____

10. EDAD DE LA MADRE _____

11. GRADO DE ESTUDIOS DEL PADRE: _____

12. GRADO DE ESTUDIOS DE LA MADRE: _____

1 Casados
2 Soltero (a)
3 Viudo (a)
4 Divorciado (a)
5 Unión Libre
6 Separados

13. Estado civil de padres: _____

14.-Antecedente personal patológico. _____

- 1. Asfixia perinatal
- 2. Infección de SNC
- 3. Traumatismo craneoencefálico
- 4. Ninguno

15. Antecedentes heredo familiar de TDAH: _____ 1. Positivo 2. Negativo

16. COMPOSICIÓN

1. Nuclear
2. Uniparental: Madre / Padre
3. Extensa
4. Extensa compuesta:
5. Reconstruida

FAMILIAR:

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE DEFICIT DE ATENCIÓN

1. POSITIVO

2. NEGATIVO

OBSERVACIONES.

Nombre y firma de los padres o representante legal

**DR. CESAR ERNESTO GARCIA FELIPE
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR UMF 094 IMSS**

ANEXO 5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Nombre del escolar. _____

LISTA DE COTEJO.

DATOS CLINICOS OBTENIDOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TDAH

SINTOMA	SI	NO
1. Frecuentemente no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas de la escuela, el trabajo u otras actividades;		
2. Suele tener dificultad para mantener la atención en las tareas o en los juegos;		
3. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente;		
4. Comúnmente no sigue las instrucciones y deja el trabajo u otras actividades sin terminar;		
5. Frecuentemente tiene dificultades para organizar sus tareas y actividades;		
6. Por lo general evita o rechaza hacer tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido;		
7. Pierde objetos que le son necesarios para sus tareas y actividades;		
8. Se distrae fácilmente con cualquier estímulo; y		
9. Es olvidadizo en sus actividades diarias.		
Hiperactividad:	SI	NO
10. Frecuentemente muestra inquietud con las manos, con los pies o en su asiento,		
11. Se levanta del asiento en el salón de clases o en otras situaciones en las que debería permanecer sentado;		
12. Corre o trepa en situaciones en que no es apropiado;		
13. Tiene dificultad para jugar tranquilamente o relajarse;		
14. Frecuentemente está "a la carrera" y actúa como si lo impulsara un motor; y		
15. Habla en exceso.		

Impulsividad:	SI	NO
16. Contesta antes de que se terminen de hacer las preguntas;		
17. Tiene dificultad para esperar su turno; e		
18. Interrumpe o se entromete constantemente.		

ANEXO 6



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

FECHA.- _____

HORA. _____

A QUIEN CORRESPONDA:

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE INFORMA QUE DURANTE EL PROTOCOLO DE ESTUDIO REALIZADO EN LA UMF 94 DEL IMSS, CON TITULO

Frecuencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en escolares señalados por el profesor como portadores de este padecimiento.

SE ENCONTRO CON DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE DEFICIT DE ATENCION EN BASE A LOS CRITERIOS DEL DSM IV AL (A) ESCOLAR.

POR LO QUE SE ENVIA PARA CONTINUAR SU COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA VIGILANCIA Y MANEJO.

ATENTAMENTE.

DR. CESAR ERNESTO GARCIA FELIPE
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
ENCARGADO DE PROYECTO DE INVESTIGACION
Correo electrónico. cesar20031979@hotmail.com
Cel. 044 55 23 32 08 12

CCP. Archivo de Proyecto

BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano JM, García A. Déficit de atención e hiperactividad. Rev Mex Neuroc. 2007; 6 (12): 124-128.
2. Quiroz PJ. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Aten Fam 2006; 13(5): 101-103.
3. Medina ME, Borges G, Lara MC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud mental 2003, ISSN 0185-3325; 26 (4): 1-16
4. Grupo De Expertos Nacionales Para El Estudio Del Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad (GENPETDAH, A.C.), 1er. Consenso Latinoamericano Sobre El Trastorno Por Déficit De Atención E Hiperactividad, México, Junio Del 2007
5. Vallejos PA, Jaimes BL, Ramírez CR. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Vigilancia Epidemiológica 2007; 24(14): 1-4.
6. Montiel C. Peña, J.A, Montiel I., Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos, Rev Neurol 2003; 37 (9): 815-819
7. Moffit TE, Melchior M. Why Does the Worldwide Prevalence of Childhood Attention Deficit Hyperactivit (Editorial) The American Journal of Psychiatry 2007; 164 (6) : 856
8. Lora EA, Lefa SE. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: Aspectos prácticos para el pediatra de Atención Primaria En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006: 257-9.
9. Blázquez G, Joseph D, Burón E, Carrillo C, Joseph M, Cuyàs M., Freile R. Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. Rev Neurol 2005; 41 (10): 586-590
10. Fernández M, López MM. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: ¡al abordaje! Rev Pediatr Aten Primaria. 2004; 6 (23): 421-432
11. Cruz G. Trastornos hipercinéticos. En: Lecciones de Neurología Pediátrica. Madrid: Macaypa, 1998; 237-247
12. De la Peña F. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) Actualidades Psiquiátricas. Rev Fac Med UNAM 2000; 43 (6): 243-244
13. Ruiz-García M, Barragán-Pérez E, Dayán-Nahman A, Ceja-Moreno H, Ruíz-García M, Garza-Morales S, et al. Estudio multicéntrico, abierto, para evaluar eficacia y seguridad de metilfenidato de liberación controlada en niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Bol Med Hosp Infant Mex. 2005; 62: 168-177
14. Organización Mundial de la Salud. OMS. CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 1. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995.
15. Brown RT, Amler RW, Freeman WS., Perrin JM., Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of the Evidence Pediatrics 2005; 115; e749-e757

16. Martínez ES, Remolina HL, Picón CA, Gómez QL, Campo AA. Prevalencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y niñas con retraso mental de Bucaramanga, Colombia. *Med UNAB* 2004; 7(21): 157-160.
17. Escobar R, Soutulloz C, San Sebastián J, Fernández E, Julián I, Lahortiga F. Seguridad y eficacia de la atomoxetina en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH): fase inicial durante 10 semanas en estudio de prevención de recaídas en una muestra española. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(1):26-32
18. Montiel C, Montiel I, y Peña JA. Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad *Psicología Conductual*, Vol. 13, Nº 2, 2005, pp. 297-310
19. García M.C, López J, Blasco M.M. El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. *Rev Neurol* 2005; 41 (2): 75-80
20. Ramos JM, Hernández MA, Vázquez J, Aparicio JM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: puesta al día *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999; 1 (4): 67-81
21. Cardo E., Servera M., Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *REV NEUROL* 2005; 40 (Supl 1): S11-S15
22. Peña JA, Montiel C, Velásquez JD. Fármacos no-estimulantes para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad en Niños *Acta Científica Estudiantil* 2006; 4(2):65-79.
23. López JA, Serrano I, Delgado J. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y comorbilidad. *Psicothema* 2004; 16 (3): 402-407
24. Vera NJ. Trastorno por déficit de atención. Comorbilidad y efectos prospectivos. *Rev Med IMSS* 2001; 39(1): 47-54.
25. Lora EA, Lefa SE, El pediatra de Atención Primaria y TDHA: diagnóstico precoz. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría* 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006: 261-6.
26. Blanco-Ons P., Sánchez L, Domínguez MD. Hiperactivos sin tratamiento, ¿fracaso escolar y futuros inadaptados? Papel del médico de Atención Primaria: a propósito de un caso *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 (30):251-256.
27. Ulloa LE, Arrollo E, Avila JM, Cardenas JA, Cruz E, Gomez D, Higuera F, Rivera F, Santos G, Velásquez V, De la Peña F. Algoritmo para el tratamiento para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. *Salud mental* 2005; 28 (5) : 1-10.
28. Vargas MR. El trastorno por déficit de atención afecta a tres millones de adultos. *La crónica de Hoy*, 2005 Noviembre 19: 1 (col 1).
29. Vargas MR. Solicitan a la SSA norma oficial para atender déficit de atención. *La crónica de Hoy*, 2005 Febrero 26: 1 (col 1).

CUADROS

Cuadro I. Sexo y escolaridad de los escolares con y sin TDAH

	TDAH		Sin TDAH		SE
	No	%	No	%	
Hombres	16	80	11	61.1	.288^{&}
Mujeres	4	20	7	38.9	
1º primaria	8	40	1	5.5	.006^{&&}
2º primaria	0	0	3	16.6	
3º primaria	5	25	3	16.6	
4º primaria	4	20	1	5.5	
5º primaria	3	15	2	11.1	
6º primaria	0	0	8	44.4	

Fuente: entrevista clínica realizada en 2008.

*Significancia estadística [&] Prueba exacta de Fisher ^{&&} prueba U de Mann Whitney.

Cuadro II. Persona que proporciono la información en la entrevista clínica

	Con TDAH		Sin TDAH	
	No	%	No	%
Padre	0	0	2	11
Madre	14	70	8	44
Tíos	2	15	0	0
Hermanos	3	10	1	5.6
Abuelos	1	5	7	38.9

Fuente: entrevista clínica realizada en 2008.

Cuadro III. Escolaridad y Estado Civil de los padres de niños con y sin TDAH

Padre	TDAH		Sin TDAH		SE
	No	%	No	%	
Analfabeta	2	10	3	16.6	0.764*
Sabe leer y escribir	4	20	3	16.6	
Primaria	7	35	6	33.3	
Secundaria	2	10	3	16.6	
Técnico	2	10	2	11.1	
Bachillerato	1	5	1	5.5	
Licenciatura	2	10	3	16.6	
Postgrado	0	0	0	0	
Madre					
Analfabeta	0	0	0	0	0.452**
Sabe leer y escribir	6	30	3	16.6	
Primaria	9	45	6	33.3	
Secundaria	1	5	3	16.6	
Técnico	0	0	0	0	
Bachillerato	3	15	2	11.1	
Licenciatura	1	5	1	5.5	
Posgrado	0	0	3	16.6	
Estado civil					
Casado	14	70	9	49.5	0.452**
Unión libre	2	10	3	16.5	
Separados	4	20	6	33	

Fuente: entrevista clínica realizada en 2008.

Significancia estadística *U de Mann Whitney, **Chi cuadrada

Cuadro IV. Antecedentes patológicos en niños con y sin TDAH

Antecedentes patológicos	TDAH		NO TDAH		SE*
	No.	%	No.	%	
Prematurez	5	25	0	0	0.074-
Asfixia perinatal	2	10	1	5.5	
Infección de SNC	1	5	0	0	
Traumatismo craneoencefálico	1	5	0	0	
Ninguno	11	55	17	94.5	
Antecedente familiar de TDAH	4	20	0	0	0.107+

Fuente: entrevista clínica realizada en 2008.

* Significancia estadística -Prueba Chi cuadrada, +prueba de Fisher

Cuadro V. Composición de las familias de niños con y sin TDAH

COMPOSICION FAMILIAR	TDAH		NO TDAH		P
	No.	%	No.	%	
Nuclear	15	75	8	44	0.186*
Extensa	2	10	7	38.5	
Extensa compuesta	2	10	2	11	
Reconstruida	1	5	1	5.5	

Fuente: entrevista clínica realizada en 2008.

* Significancia estadística prueba Chi cuadrada